

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 156

DISJONCTION SYMPHYSAIRE DES CAVALIERS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

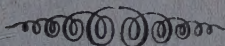
Et soutenue publiquement le 15 Février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON GACHÉ

Né à Lons-le-Saunier (Jura), le 10 Avril 1894



LONS-LE-SAUNIER
L. VERPILLAT, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
AVENUE GAMBETTA

Février 1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 156

DISJONCTION SYMPHYSAIRE DES CAVALIERS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

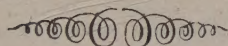
Et soutenue publiquement le 15 Février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON GACHÉ

Né à Lons-le-Saunier (Jura), le 10 Avril 1894



LONS-LE-SAUNIER
L. VERPILLAT, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
AVENUE GAMBETTA

Février 1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LÉPINE DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. AUGAGNEUR, SOULIÉ, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	BÉRARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LÉPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique.	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie.	POLICARD
Anatomie générale et Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne.	MORICQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.	PAVIOT
Anatomie pathologique.	VILLARD
Médecine opératoire.	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.	ÉTIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique.	FLORENCE (A.)
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements.	COMMANDEUR
Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie.	HOVELACQUE
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAYRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, Président ; TIXIER, Assesseur ;
MM. LERICHE, et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME CHÉRIE

« Hommage de notre profonde tendresse ».

A MON PÈRE

Commandant en retraite

Officier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

« Bien faible témoignage de reconnaissance
« infinie et de profonde affection ».

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE RENÉ

Aspirant au 44^e Régiment d'Infanterie

Mort au Champ d'Honneur

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE COLONEL BARTHAUD

A MES BEAUX PARENTS

A MES BEAUX FRÈRES

A MON COUSIN LE DOCTEUR GACHÉ

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES GLORIEUX

CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

« Nous sommes heureux de l'honneur qu'il
« nous fait en acceptant la présidence de notre
« thèse et nous lui exprimons toute notre
« gratitude et notre sincère admiration ».

A MON AMI, LE DOCTEUR COLOMBET

« Qui nous a si aimablement guidé de ses
« conseils.

A mes Juges :

A TOUS MES MAÎTRES

INTRODUCTION

Nous nous proposons, à l'occasion d'une observation que nous avons suivie de près, d'étudier la disjonction symphysaire des cavaliers, et si nous limitons le sujet à cette catégorie de blessés, c'est que le tableau clinique et le pronostic sont totalement différents des disjonctions signalées par les auteurs à propos des grands traumatismes. Qu'il nous suffise en effet de mentionner que Guibé, dans un article qu'il publia à ce sujet dans la revue d'orthopédie 1911, concluait en ces termes : « le pronostic des ruptures traumatiques des symphyses du bassin est très grave et jusqu'ici tous les cas connus ont succombés ; si on assiste à une guérison, il en résulte des troubles fonctionnels très marqués ». Mais dans toutes les observations qu'il signale il s'agit de traumatismes par écrasement ou par choc violent.

Dans notre observation personnelle au contraire, et dans la plupart des cas où des cavaliers ont présenté un pareil accident il n'y a pas eu de conséquence fatale ; et l'on peut dire que le pronostic de la disjonction symphysaire des cavaliers est assez bon en général, la mort est l'exception. Seul le cas de Cameron (résumé dans notre thèse) s'oppose à nos conclusions.

Dans le cas de E. Marquis, il ne s'agit pas de disjonction simple, car la lecture de l'observation montre que le cavalier a dû subir un choc considé-

nable ayant même eu pour conséquence une luxation du coude.

Nous allons donc au cours de cette étude essayer de mettre en lumière l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic clinique et radiologique, le pronostic et le traitement de la disjonction symphysaire des cavaliers.

ETIOLOGIE

Nous avons eu la curiosité de rechercher dans les annales médico-chirurgicales militaires depuis 1880 des cas analogues à celui qui fait l'objet de notre thèse et nous avons été surpris de ne trouver aucun document relatif à ce sujet, alors que les chirurgiens militaires nous paraissaient bien placés pour les observer étant donné leur rapport constant avec des cavaliers.

Nous avons d'autre part interrogé quelques chirurgiens militaires qui n'ont pas pu nous fournir de renseignements. L'un d'eux se souvient d'avoir constaté à Saumur une disjonction symphysaire probable, mais ses souvenirs sont peu précis et si l'examen clinique lui avait fait soupçonner le diagnostic il n'eut pas la possibilité de le confirmer par la radiographie. Monsieur le Dr Patel signale également le cas d'un officier supérieur déjà âgé, qui présenta à la suite d'un accident de cheval une disjonction symphysaire.

Nous avons réuni 6 observations ayant trait à cette lésion ; — tous les blessés étaient des gens âgés, tous étaient des sportifs, bien musclés, rompus aux exercices physiques, ayant conservé par conséquent une certaine élasticité des tissus, du squelette en particulier.

Nous pouvons donc conclure, au point de vue

étiologie, que l'âge, la force musculaire, la résistance du tissu osseux sont trois facteurs importants. L'âge varie dans nos observations de 40 à 70 ans, — il semble qu'à cet âge, les blessés devraient plutôt présenter des fractures, étant donné la raréfaction normale du tissu osseux, et que les disjonctions devraient s'observer chez les sujets jeunes.

Il est possible que sous l'influence des sports, le tissu osseux et le tissu musculaire conservent une vitalité et une résistance de jeunesse, tandis que le tissu ligamenteux poursuit son évolution normale de moindre résistance avec l'âge, — d'où au moment d'un effort violent sa rupture d'autant plus facile que les muscles et os sont plus forts. De plus nous ajouterons que ces sportifs en raison même de la souplesse et de l'amplitude de leurs mouvements, arrivent peu à peu à disloquer plus ou moins les articulations qui travaillent et que cet état de laxité progressive favorise la disjonction d'une articulation normalement serrée comme la symphyse pubienne.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que dans ces disjonctions symphysaires, l'élément osseux intervient toujours, car l'arrachement ligamenteux ne se produit pas au milieu même du ligament mais à son insertion sur un des côtés de la symphyse avec arrachement trabéculaire plus ou moins considérable.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quoiqu'il en soit lorsqu'un cavalier bien assis sur sa selle, doit, pour s'adapter aux exigences de sa monture, se mettre à l'état de défense continuelle, ses jambes et son bassin étant immobilisés par la contraction énergique des muscles de la cuisse, des adducteurs principalement, il forme un arc rigide qui s'emboîte sur la convexité de la selle. Qu'un brusque saut se produise, cet arc rigide s'éloigne en hauteur de la selle puis retombe brusquement sous l'influence du poids du corps.

Pendant l'éloignement la contraction musculaire a resserré les deux branches de l'arc qui est devenu trop étroit pour s'adapter à la selle, et au moment du choc, surtout si celui ci se produit au niveau du pommeau de la selle, l'arc est ouvert brusquement et les ligaments de la symphyse pubienne sont distendus. Si ceux-ci cèdent, c'est la disjonction symphysaire pubienne à laquelle vient se joindre le diastasis de l'une ou des deux symphyses sacro-iliaques, lorsque l'un ou les deux pubis se sont écartés suffisamment.

Pour se rendre compte des lésions de la symphyse pubienne, il suffit de se reporter aux autopsies faites dans les cas malheureux de disjonctions symphysaires par grands traumatismes.

Dans les observations auxquelles nous faisons

allusion on signale une déchirure du fibro cartilage, chaque moitié restant adhérente à l'un des pubis, c'est l'exception ; dans la plupart des cas il s'agit d'un décollement du fibro cartilage qui est écarté en masse soit d'un côté soit de l'autre avec arrachement plus ou moins considérable des surfaces osseuses d'insertion.

L'écart entre les deux pubis est très marqué et varie de 2 ^{cm} 1/2 à 6 ^{cm} 1/2. Cet écart est tantôt symétrique, tantôt asymétrique, les deux pubis se chevauchent soit dans le sens antéro postérieur ou dans le sens de la hauteur comme dans notre cas.

Les lésions des symphyses sacro-iliaques sont moins marquées que celles de la symphyse pubienne. Elles prédominent naturellement d'un côté, le plus souvent à gauche. La disjonction sacro-iliaque entr'ouvre l'articulation à la manière d'un livre, — dans les cas graves cela peut aller jusqu'à une luxation véritable de l'os iliaque par rapport au sacrum. En général, ces luxations s'accompagnent d'arrachements péri-articulaires osseux. Les ligaments sacro-iliaques antérieurs sont toujours déchirés, les postérieurs rarement, ainsi que les ligaments sacro-sciatiques. Nous n'insisterons pas sur les fractures souvent considérables signalées dans les grands traumatismes, car elles n'existent pour ainsi dire jamais, dans les disjonctions des cavaliers.

Fait très important, il semble que contrairement à la fréquence des lésions uro-génitales dans les fractures du bassin, les disjonctions symphysaires

n'entraînent pas avec elles de lésions semblables ou du moins ce n'est pas la règle. Guibé l'explique ainsi : il se produirait au moment de l'accident une désinsertion du ligament sous-pubien et de la racine du corps caverneux d'un côté, l'urèthre serait alors rejeté de l'autre côté sans tiraillement dangereux pour lui.

Enfin toujours on a signalé l'existence dans le tissu cellulaire pelvien d'hématome disséminé au confluent aboutissant parfois à des collections volumineuses. Dans notre cas le blessé avait eu une hémorragie considérable et un litre et demi de sang environ avait diffusé dans le tissu cellulaire pelvien, distendant l'espace de Retzius, refoulant le péritoine dans l'abdomen, diffusant sous la peau des bourses, des cuisses, de l'abdomen et même du thorax. Ces hémorragies sont produites par la déchirure des plexus veineux vesicopubiens, périprostatiques et caverneux.

Pour terminer cette étude anatomo-pathologique nous signalerons les expériences faites sur le cadavre, par Gallet Duplessis à l'occasion de la symphyséotomie obstétricale qui constate, pour un écartement de 40 mm des branches pubiennes, des lésions des veines qui traversent l'aponévrose périnéale moyenne et qui contribuent par leur rupture à former ces vastes hématomes signalés dans toutes les observations. Il constate également que la disjonction sacro-iliaque ne commence que pour un écartement de 6 cm des pubis, et que c'est la symphyse sacro-iliaque droite, contrairement à l'opinion courante, qui est le plus souvent disjointe.

SYMPTOMATOLOGIE

Au début, les symptômes généraux ouvrent la scène. A la suite d'un brusque effort pour se maintenir sur sa monture qui s'est cabrée ou dérobée, le cavalier éprouve une violente douleur au niveau du bassin, avec la sensation d'être brusquement fendu en deux.

L'état de schock est formidable.

Eprouvant une douleur violente dans le bas ventre le cavalier tombe, ne peut se relever — la pâleur extrême, les sueurs froides, l'état semi-syncopal, le pouls rapide à peine perceptible, la douleur s'exagérant à la moindre tentative de mouvements et s'irradiant dans les membres inférieurs, voilà le cortège symptomatique que l'on constate chez de pareils blessés.

L'examen local révèle une douleur qui peut avoir son maximum au niveau de la symphyse pubienne ; quelquefois elle prédomine dans un des membres inférieurs et semble manquer dans l'autre et dans le bassin. Les mouvements l'exaspèrent.

Chez notre blessé c'était la mobilisation du membre inférieur gauche, la rotation du pied en dedans et l'adduction qui la rendaient intolérable. Cette douleur est due soit au tiraillement et à la tension des nerfs du plexus lombo-sacré, soit à l'ischémie du membre, soit à l'infiltration du sang dans les gaines qui

entourent les nerfs si nombreux dans la cavité pelvienne.

Les signes physiques qui apparaissent sont d'abord de vastes ecchymoses et un gonflement considérable dûs à la formation des hématomes. Dans notre cas, l'hématome formait un plastron occupant tout l'hypogastre jusqu'à l'ombilic, remplissant la cavité de Retzius. Il agit par compression et par reflexe sur le cul de sac péritonéal, d'où les symptômes de péritonisme, (vomissements, nausées, etc.) observés quelquefois qui peuvent en imposer pour de véritables lésions de la sôreuse (déchirure du péritoine de la grande cavité.

Le bassin paraît le plus souvent élargi et si l'œdème et les ecchymoses ne sont pas trop considérables, le doigt appliqué en avant de la symphyse peut sentir une gouttière correspondant à l'écart des deux pubis.

Il ne faut jamais terminer cet examen, sans avoir fait un toucher rectal qui peut déceler un empâtement diffus indiquant un hématome profond.

Enfin l'attention du clinicien devra se porter sur l'appareil urinaire qui, comme nous l'avons dit, ne présente pas d'ordinaire de lésions graves.

Habituellement le blessé peut uriner et les urines émises sont normales.

Dans notre cas le blessé émit d'abord quelques gouttes de sang, puis quelques cuillerées d'urine non sanglante ; ce qui indiquait une légère fissure de l'urèthre.

Dans des faits beaucoup plus rares le blessé a

besoin d'être sondé ; il s'agit alors soit d'une rétention d'origine réflexe, soit d'une rupture de l'urèthre,

La rupture de la vessie est exceptionnelle, dans la disjonction pubienne sans fracture concomittante du bassin.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic immédiat peut être délicat. Il est certain d'abord qu'il y a des cas où la disjonction n'est qu'ébauchée, la douleur minime, le shock peu marqué, peu ou pas d'hémorragie, — ce sont ces cas frustrés qui le plus souvent passent inaperçus et qui sont beaucoup moins rares qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Dans les autres cas, l'état de shock domine la scène. Il était tellement imposant chez notre blessé que le médecin qui vint le premier donner ses soins, eut l'impression d'un état de « mort imminente par hémorragie grave interne ».

L'attention étant portée sur le bassin, on songe tout d'abord à une fracture de la ceinture pelvienne, d'autant plus que certains auteurs ont signalé dans la disjonction symphysaire pure une mobilité anormale avec crépitation sanguine pouvant en imposer pour une crépitation osseuse. On peut croire à une fracture double du bassin d'autant plus facilement, que du fait du chevauchement en hauteur des pubis et de l'ascension de quelques centimètres de l'aile iliaque un des membres paraît raccourci.

Maïs deux constatations font faire un diagnostic précis : c'est d'une part l'élargissement du bassin avec la présence d'une gouttière interpubienne médiane large de un ou deux travers de doigts et l'examen radiographique. Il est vrai que la dépression

interpubienne n'est pas toujours perceptible et qu'elle ne le dévient qu'après une période assez longue correspondant à la résorption de l'œdème et des hématomes. D'autre part en raison de l'état de choc et par suite de la douleur extrême spontanée ou provoquée par le moindre mouvement, il est difficile de transporter le patient jusqu'à la table radiographique ; aussi est ce l'examen clinique minutieux qui au début doit guider le diagnostic. Cet examen clinique éliminera les fractures du bassin, du col du fémur, les lésions viscérales. Le sondage montrera l'intégrité de la vessie et de l'urèthre.

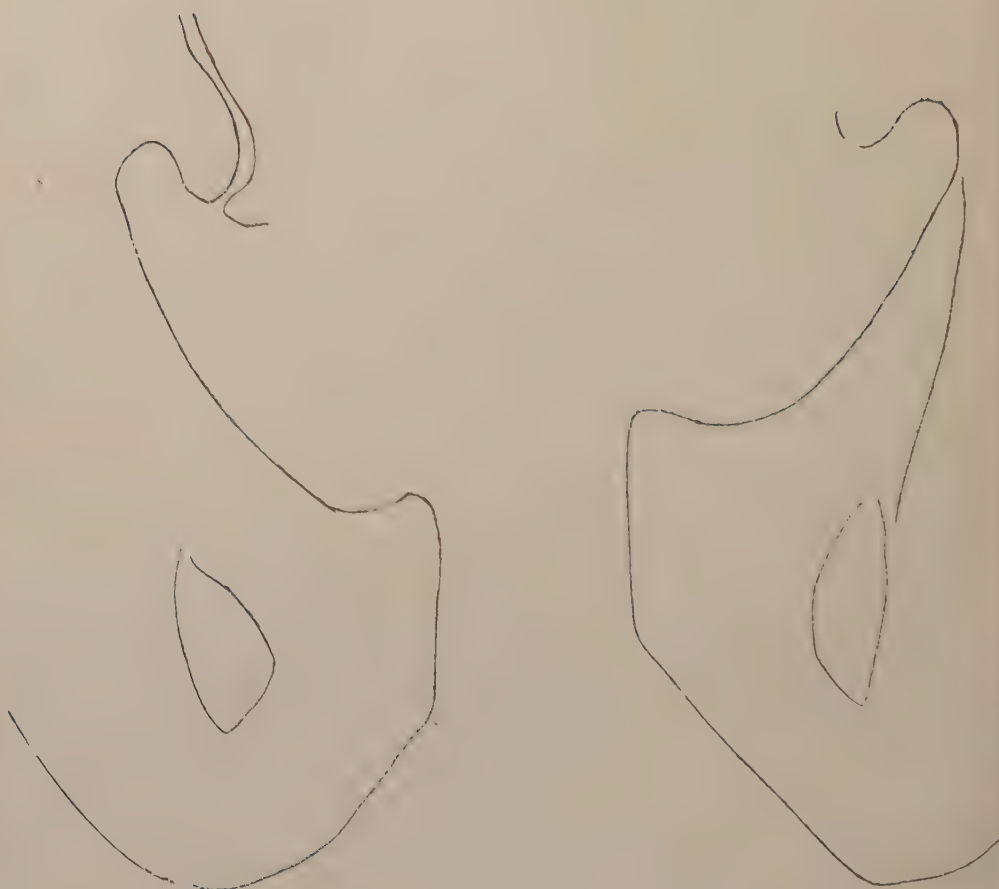


FIG. 1 (Réduction au 1/3)
Symphyse pubienne
M. X..., 15 Septembre 1920
(Service de radiologie du D^r Malot)

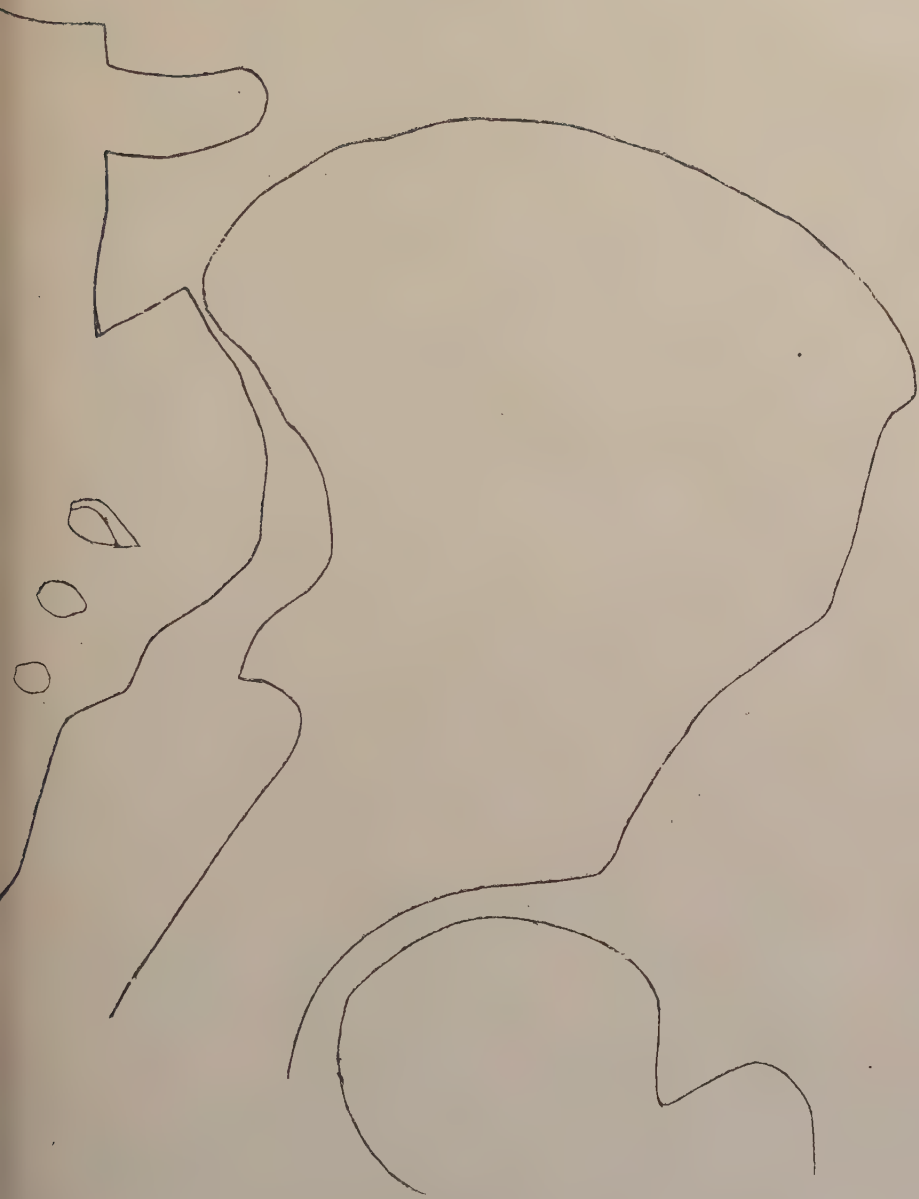


FIG. 2 (Réduction au 1/3)
Articulation sacro-iliaque gauche
M. X..., 15 Septembre 1920
(Service de radiologie du D^r Malot)

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

L'examen radiographique devra être fait le plus tôt possible.

Il permet de dépister les cas bénins qui sans lui passent inaperçus. Il établit le diagnostic d'une manière ferme, alors que les signes physiques seuls, difficiles à percevoir, surtout au début, étant donné la douleur et l'empâtement de la région, ne fournissent qu'une présomption.

Il est bien certain que si le nombre de cas de disjonctions symphysaires chez des cavaliers, relatés dans la littérature médicale française, est aussi restreint c'est que, en l'absence du contrôle radiographique, le diagnostic de cette lésion n'était presque jamais fait.

D'autre part, au cours du traitement on peut suivre par l'examen radiographique les progrès de la réparation et poser, s'il y a lieu, une indication opératoire. C'est ainsi que dans notre cas, nous avons pu constater, grâce à des examens radiographiques répétés, le rapprochement progressif des deux pubis, sous l'influence du traitement employé, et conclure à l'inutilité d'une intervention sanglante.

Comme preuve de l'utilité de la radiographie au point de vue diagnostic, nous n'avons qu'à nous reporter aux calques de radiographie que nous avons reproduits dans notre thèse : à première vue le diagnostic s'impose.

COMPLICATIONS

Les complications immédiates sont, en premier lieu les hémorragies graves, puis la rupture de l'urèthre, et très rarement la déchirure de la vessie et du péritoine. Quand la disjonction sacro-iliaque est suffisamment accentuée, on observe des lésions du sciatique par tiraillement du plexus nerveux lombo-sacré. Il y a toujours des névrites, dues à l'irritation des nerfs comprimés par leur gaine infiltrée de sang et qui persistent pendant toute la période de résorption.

Une autre complication est l'intoxication due à la résorption lente de la grande quantité de sang diffusé dans le tissu cellulaire, et nous avons remarqué dans notre cas pendant plusieurs semaines, la persistance d'un état subfébrile, avec langue saburrale, et embarras gastro-intestinal.

Il faut craindre également la possibilité d'infection et de suppuration de ces hématomes ; les phlyctènes, les érosions qui se produisent sur la peau distendue au niveau du scrotum et du périnée, les escharres si faciles à se former chez les personnes âgées condamnées au décubitus dorsal pendant de longues semaines peuvent être la porte d'entrée d'infection à évolution grave.

Signalons encore comme complications possibles :

1° La hernie inguinale par déchirure des piliers internes, hernie de force (V., observation n° 3).

2° La déchirure des parois du rectum et du sphincter anal. (V. obs. n° 4).

3° La déchirure des grands droits de l'abdomen. (V., obs. n° 4).

PRONOSTIC

Le pronostic est relativement favorable, si nous exceptons les cas complexes, comme celui de Marquis ou des lésions considérables surajoutées et vraiment exceptionnelles ont entraîné la mort. Mais remarquons que de pareils désordres n'ont pas pu être produits par la simple dislocation sur la selle, et qu'il y a lieu d'invoquer pour leur production un traumatisme plus violent, probablement une chute du cavalier qui reste pris sous son cheval. Marquis en juge ainsi et malgré que son blessé, par orgueil sportif, nie toute chute, il pense qu'elle a eu lieu. Nous sommes de son avis et ne comprenons pas comment la luxation du coude aurait pu se produire sans cela.

En général, après quelques semaines d'immobilisation au lit, pendant lesquelles des soins minutieux d'hygiène sont observés, lorsque la résorption sanguine est terminée, que les douleurs sont atténuées, le blessé peut quitter son lit et reprendre avec prudence des exercices de marche. La guérison s'opère ensuite progressivement, et il ne subsiste pas de troubles fonctionnels sérieux.

Signalons pourtant que certains de ces écartelés conservent une démarche « en canard » peu prononcée du reste et qui ne diminue pas notablement leur activité physique.

A titre d'exemple de guérison complète, nous pouvons signaler que notre malade, quatre mois après son accident, a voulu, par une dernière coquetterie sportive, essayer de remonter à cheval et a pu se maintenir en selle quelques instants.

TRAITEMENT

Rien ne presse de combattre la disjonction elle-même. Au début, le traitement est un traitement d'urgence; on luttera contre le shock et l'hémorragie interne par les moyens habituels: repos, caféine, ergotine, morphine en cas de douleurs extrêmes. Si le blessé ne peut pas uriner spontanément, on explorera l'urèthre pour se rendre compte des lésions possibles de cet organe ou de la vessie. On immobilisera le blessé soit dans une gouttière de Bonnet soit sur un matelas doublé d'une planche rigide. On fera l'antisepsie minutieuse de toutes les excoriations, sans oublier l'injection de sérum antitétanique.

Si l'hématome est considérable, on appliquera avec précaution des coussinets de glacé pour faciliter sa résorption et vaincre la douleur. Dans la suite, on surveillera l'apparition possible d'escarres si fréquentes dans le décubitus dorsal prolongé chez les gens âgés ou obèses.

La période de signes alarmants passés, on s'occupera de lutter contre la disjonction symphysaire; le plus tôt possible une bonne radiographie sera nécessaire pour se rendre un compte exact du degré des lésions.

L'expérience nous a montré que, comme dans les cas de symphyséotomies obstétricales, la disjonction

symphysaire n'entraîne presque jamais d'infirmité redoutable définitive dans l'équilibre de la marche.

Toutefois il sera bon de lutter dès la fin de la première semaine contre cette disjonction par des appareils de compression tendant à rapprocher les deux os iliaques.

On a proposé différents moyens ; — l'un d'eux consiste à rapprocher et à maintenir les deux cuisses l'une contre l'autre par une bande large. Un autre est de faire coucher le blessé sur le côté le moins douloureux, le poids du corps rapproche ainsi les pubis ; on peut même pour augmenter ce rapprochement appliquer sur la hanche libre des coussinets de sable. Bien entendu ce procédé n'est applicable que si la position ordonnée au blessé n'entraîne pas des douleurs trop vives. — On peut encore rapprocher les deux os iliaques par une « vulgaire ceinture de pompiers » (Santy) ou mieux par une large ceinture de cuir souple à plusieurs boucles. L'inconvénient est l'irritation de la peau aux points comprimés aboutissant à la formation de plaies superficielles portes d'entrée ouvertes à l'infection. Aussi ne devra-t-on pas oublier d'interposer entre la sangle et la peau une bonne couche de ouate pour atténuer la constriction.

Notre maître, le Professeur Bérard songea, au cas où la disjonction entraînerait des troubles fonctionnels, à faire une intervention sanglante, se proposant la fixation directe des pubis au moyen de fils métalliques passés dans les tissus fibreux justa-

pubiens, ou mieux au moyen de deux griffes coulissant l'une sur l'autre et maintenues par un verrou. Cette idée avait été émise par Guibé dans son article déjà cité, cet auteur propose en effet « de faire une petite incision prépubienne à la faveur de laquelle il serait possible de suturer les plans fibreux prépubiens si épais ou si solides, ou d'agrafer les pubis l'un à l'autre à l'aide d'agrafes métalliques ». Cette intervention a d'ailleurs été exécutée par M. Mocquot qui dans un cas de disjonction symphysaire avec fracture du bassin, suttura les deux pubis au moyen de fils métalliques. (Société de chirurgie de Paris, novembre 1920).

Nous donnons en détail l'observation qui a été le point de départ de cette étude. Notre malade a été suivi au jour le jour, examiné dès le début par des médecins très compétents, — elle offre donc un intérêt clinique et thérapeutique digne d'être consigné.

Nous ajoutons le résumé des observations que nous avons trouvées dans la littérature chirurgicale française, éliminant systématiquement les cas de disjonction par grands traumatismes, écrasements, chutes d'un lieu élevé qui sont tout autres, à notre avis, au point de vue clinique, pronostic et thérapeutique. Nous n'avons pas parlé intentionnellement des symphyséotomies obstétricales qui ne rentreraient dans le cadre de notre étude qu'au point de vue pronostic fonctionnel.

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. le Professeur Bérard

M. X..., âgé de 63 ans, a été victime le 14 juillet 1920 de l'accident suivant :

Très entraîné aux exercices physiques, remarquablement musclé et d'une apparence très vigoureuse, cet homme qui n'avait jamais été malade et ne présentait aucune tare, galopait un jeune cheval, en terrain varié, sans étrier. Sa monture s'étant un peu animée et présentant quelques défenses, il dut, pour la maintenir, serrer fortement les genoux sur la selle et mettre en action les adducteurs. A ce moment, le cheval ayant fait un saut un peu brusque, M. X. . ressentit une violente déchirure au niveau du pubis comme s'il était fendu en deux. Il se laissa tomber à terre et ressentit alors une douleur extrêmement violente dans le bas ventre.

Incapable de se relever, souffrant beaucoup, il attendit près d'une heure du secours et dû être transporté chez lui sur une voiture de paysan.

Le premier médecin qu'on appela d'urgence constata environ 3 heures après l'accident, un état de shock extrême avec pâleur, sueurs froides, état semi-syn-copal, pouls à peine perceptible, cœur d'abord ralenti puis plus affolé et une distension progressive dans l'hypogastre. Le moindre mouvement, la moindre tentative de mobilisation provoquaient des douleurs

intenses dans le membre inférieur gauche. Le blessé, éprouvant un besoin pressant d'uriner, émit d'abord quelques gouttes de sang, puis quelques cuillerées d'urine non sanglante.

L'examen local décela une tuméfaction renitente qui englobait le pubis et remontait à mi hauteur de l'ombilic.

Piqûres d'éther et de caféine et quand les menaces de syncope parurent écartées, deux heures après, injection de morphine et transport dans une maison de santé. Les vêtements quittés, on perçut alors qu'il s'agissait d'un épanchement progressif qui infiltrait rapidement le périnée, les bourses, la verge, l'hypogastre, les flancs et le haut des cuisses, colorant en rouge violacé les téguments du scrotum et de la base de la verge. En même temps, la tuméfaction abdominale s'étendait, remontant presque à l'ombilic et gagnant les deux fosses iliaques surtout la gauche.

Un premier chirurgien appelé sonda le malade avec toutes les précautions requises, s'assura que la vessie pouvait être vidée spontanément et qu'il n'y avait pas de rupture de l'urèthre, et le fit immobiliser dans une gouttière de Bonnet.

Pendant deux jours on se préoccupa seulement de maintenir le blessé immobile, de lui administrer de l'ergotine et des toniques cardiaques, bref de traiter l'hémorragie interne, et de calmer la douleur qui restait vive.

Il n'y avait pas de signes physiques nets de fracture du bassin et quand M. le Professeur Bérard examina

M. X..., 36 heures après l'accident, — soupçonnant une disjonction du pubis, il ne put trouver aucun signe confirmant cette hypothèse, ni à la palpation ni par le toucher rectal qui décelait simplement un empâtement diffus de la région prostatique, avec compression de la lumière rectale. Cependant le toucher rectal permettait d'affirmer un traumatisme juxta-pubien et sacro-iliaque gauche à cause des douleurs très vives en ces points.

La radiographie pratiquée le lendemain quand le blessé fut mobilisable sans danger, permit de constater une disjonction énorme de la symphyse pubienne avec un hiatus de 6 ^{cm}, et un diastasis de l'articulation sacro-iliaque gauche qui baillait d'un centimètre environ sur son bord inférieur. Le membre inférieur droit jouissait d'une mobilité relative ; au contraire tout déplacement de la cuisse gauche éveillait des douleurs extrêmes dans le domaine du sciatique et de l'obturateur.

De larges applications de glace furent faites pendant 3 jours, avec des instillations rectales de sérum goutte à goutte et des injections de morphine ; l'intestin fut exonéré par un lavement et les mictions d'abord rares mais toujours spontanées, redevinrent à peu près normales sans qu'il y ait eu d'autre émission de sang que les quelques gouttes rendues de suite après l'accident.

Cet homme fit preuve d'un stoïcisme extrême gardant l'immobilité absolue qu'on lui imposait pendant 15 jours.

La température qui était montée le 5^e jour vers 38°, oscilla pendant 10 jours entre 38°9 maximum et 37°6 minimum, sans doute du fait de la résorption de l'hématome qui teintait de plus en plus largement et d'une couleur de plus en plus foncée, les téguments.

Pendant près d'un mois, il fut impossible de quitter la position dorsale, car dès que l'on inclinait le corps sur le côté droit, de violentes douleurs se faisaient sentir dans l'articulation sacro-iliaque gauche. A la fin de la 3^e semaine, la température étant revenue à la normale les douleurs s'atténuant et aucune menace d'excoriation ne subsistant plus sur les téguments, on décida de fixer autour du bassin une large et forte ceinture de cuir ; ce qui soulageait notablement le blessé.

Il pût être transporté chez lui au bout de 6 semaines, déjà capable de se mettre lui-même sur le bord de son lit sans qu'il y eut de troubles circulatoires du côté des veines des membres inférieurs. Chaque jour il se faisait lever et gagnait sa chaise longue avec des béquilles.

Grâce à l'entraînement physique qu'il avait toujours suivi, il se rééduqua lui-même avec une rapidité surprenante, marchant d'abord en terrain plat avec deux béquilles puis avec deux cannes, puis montant et descendant les escaliers, et quand nous le revîmes le 20 octobre avant son départ pour la campagne, on n'aurait pas pu soupçonner le grave traumatisme dont il avait été victime. Il marchait correctement, sans hésitation, éprouvant seulement un peu de lourdeur dans la région de la symphyse

pubienne et dans l'articulation sacro iliaque gauche, mais sans douleur vraie. Le palper abdominal révélait encore une disjonction des pubis qui pouvait admettre deux doigts.

L'épanchement péritonéal était résorbé presque complètement avec une cavité de Retzius à peu près libérée ; le toucher rectal révélait encore un empâtement périprostatique et quelques douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Il ne conservait plus à la date du 15 décembre 1920, soit 5 mois après le traumatisme qu'un peu de difficulté pour passer de la position assise à la station debout le matin, et qu'une gêne de la flexion du pied gauche dont il s'aperçut en essayant de jouer du pianola : il ne pouvait en effet mouvoir ce pied pour actionner la pédale qu'en laissant la jambe demi-étendue sur la cuisse. Ces troubles relevaient d'une parésie sciatique qui fut confirmée par la mensuration circonférentielle comparée des deux cuisses et des deux jambes : la cuisse gauche mesurait 4 centimètres de circonférence en moins et la jambe gauche 2 cm ^{1/2} en moins par rapport au côté droit.

Néanmoins la marche s'effectuait sans peine même pendant plusieurs kilomètres, l'ascension et la descente des escaliers n'offrait aucune difficulté, et le 27 décembre, M. X... pût chasser pendant 2 heures en terrain difficile.

En résumé il s'était agi d'une disjonction traumatique de la symphyse pubienne avec diastasis sacro-iliaque gauche.

OBSERVATION II

Cameron. Philosophical transactions 1747. N° 484

Rapportée par Malgaique

Il s'agit d'un recteur, âgé de 64 ans, dont le cheval effrayé, après un premier saut, par un élan brusque et violent, tourna court à gauche, puis à droite, et finit par jeter son cavalier sur une haie. Le blessé raconta que le double écart du cheval à gauche et à droite, avait produit à l'instant une sensation intolérable, comme s'il avait été fendu en deux.

Le blessé succomba le cinquième jour à une rupture de la vessie, sans que la luxation eût été reconnue. On trouva à l'autopsie, un énorme écartement des pubis que l'observateur évalue à quatre pouces.

OBSERVATION III

Résumée

Murville. (Mémoire de l'académie royale de médecine
Tom XIV, pages 279-1849)

Monsieur le Colonel C .., âgé de 76 ans, d'une constitution robuste et d'une taille élevée, assistait, le 19 octobre 1815, à une inspection de revue sur le Champ de Mars, à Lille. Tout à coup, il fut emporté par son cheval qui prit le mors aux dents, et se mit à faire des bonds désordonnés qui obligèrent le cavalier à tirer fortement sur la bride de l'animal, en penchant en même temps son corps en avant, et à contracter avec une force extraordinaire tous les muscles adducteurs des membres abdominaux. Cette contraction eut pour résultat de transformer en une seule pièce, en une espèce de fourche à deux branches fixes et tout à fait inflexibles, les membres abdominaux et le bassin ; ce dernier ne portait plus alors sur la selle, et tout le poids du corps était transmis aux deux pieds, appuyées sur les étriers. Dans une secousse du cheval, le colonel fut lancé en l'air et en retombant vers la selle, celle-ci agit comme un coin qui tendait à écarter les deux cuisses ; mais comme leurs articulations avaient été rendues immobiles par la violente contractation des muscles ci-dessus indiqués, l'effet d'écartement vint aboutir au périnée, dont la partie latérale gauche, la peau non comprise,

fut déchirée ; une seconde secousse eut lieu et amena une seconde déchirure qui n'était que la continuation de la première et qui eut pour résultat la rupture de tous les moyens d'union de la symphyse pubienne, en y comprenant également le pilier interne de l'anneau inguinal.

La sensation de ces deux déchirures fut parfaitement perçue par le blessé qui nous en rendit compte avec beaucoup de lucidité, immédiatement après l'accident.

On constate deux hernies enterocèles volumineuses formées l'une par la déchirure périnéale, l'autre par l'anneau inguinal externe du côté gauche. Il existe entre les deux pubis, qui d'ailleurs sont restés à la même hauteur et sur un même plan antérieur, un hiatus dans lequel la main peut s'engager facilement. La rupture s'est opérée d'une façon telle que la presque totalité de la substance fibro-cartilagineuse d'interposition est restée adhérente au pubis droit.

Le blessé ressent de violentes douleurs dans la partie postérieure du bassin, particulièrement vers la symphyse sacro-iliaque droite. Ces douleurs persistent plusieurs jours.

On note une ecchymose sur le scrotum et une autre en arrière du sacrum.

Les mictions sont normales, non douloureuses, les urines ne contiennent pas de sang.

Le blessé sort guéri de l'hôpital après un séjour de 3 mois et demi.

OBSERVATION IV

Bulletin de la Société Chirurgie. 1915, page 2282. E. Marquis
(Résumée)

Le 4 juillet au matin, le capitaine R., cavalier qui avait couru dans les plus grands concours hippiques, faisait une simple promenade à cheval. Sa bête ayant le garot un peu saillant, le capitaine, pour la protéger avait fait relever le pommeau de sa selle qui formait ainsi un angle très aigu. Tout à coup à l'occasion d'un saut il ressent une douleur extrêmement violente. A cette douleur se joignit, suivant son expression la sensation d'être fendu en deux. Sans prendre le temps d'arrêter son cheval il se laisse glisser de sa selle et tombe sur le bras droit.

Trois heures après l'accident son état général est le suivant : état de schock très marqué, pouls petit, respiration pénible, lèvres violacées, hoquet de temps à autre.

Le pénis est tuméfié et tout noir, — énorme ecchymose qui recouvre aussi le périnée et s'atténue en allant vers la fesse gauche et vers la fosse iliaque droite.

La palpation montre un écartement énorme des deux corps du pubis ; on y loge 4 travers de doigts.

Dans la région hypogastrique et dans la fosse

iliaque droite on sent un empâtement considérable dû à un hématome.

La symphyse sacro-iliaque gauche est très douloureuse.

Le toucher rectal révèle :

Une déchirure du sphincter ; l'anus béant admet 4 doigts ;

Un effondrement de la paroi antérieure du rectum, une déchirure de la face postérieure de la vessie, la disparition de tous les muscles du périnée qui n'est plus représentée que par un pont cutané.

Par l'anus béant se fait une hémorragie lente mais continue qui menace d'un dénouement prochain.

Au bras droit : luxation du coude en arrière...

... L'intervention consiste à suturer la vessie, le péritoine, la face antérieure du rectum...

Le malade reprend connaissance, mais une demi-après l'opération survient un vomissement noirâtre, et il meurt.

Autopsie. — L'hématome remonte jusqu'à l'ombilic, il est situé sous l'aponévose d'enveloppe du grand droit.

Le grand droit gauche est fendu depuis son insertion pubienne jusqu'à 6^{cm} au dessous de l'ombilic. Un fort faisceau musculaire a suivi le pubis droit, — dans la déchirure on voit la vessie et les anses intestinales.

Le péritoine contient 1/2 litre de sang.

Hématome de l'anse sigmoïde et dès deux fosses iliaques jusqu'à la crête.

La prostate est fendue sur la ligne médiane ; l'urèthre également, la plus grande partie étant restée adhérente au lobe prostatique gauche.

Il y a une disjonction de la symphyse sacro-iliaque gauche par rupture des ligaments antérieurs et postérieurs. On peut introduire la main de champ. La sacrum a basculé transversalement.

OBSERVATION V

Bulletin de la Société Chirurgie. 1915, page 2406. Maclair

Il s'agit d'un officier qui, dans une chute de cheval, se fit une disjonction symphysaire avec fracture de l'aile gauche de l'os iliaque.

La radiographie montre un écartement de 2 travers de doigts au niveau de la symphyse pubienne, — le côté gauche du bassin est abaissé et repoussé en arrière. Sur l'aile iliaque plusieurs traits de fracture, l'un tout près de l'articulation sacro-iliaque. Je ne sais s'il s'agit d'un écartement symphysaire direct ou d'un écrasement latéral, malgré les renseignements donnés par le blessé.

Il n'y a pas de lésion de l'urèthre.

Le blessé guérit. La déformation persiste, mais n'empêche pas le blessé de faire campagne.

OBSERVATION VI

Rapportée par M. le Dr Patel, à la Société de Chirurgie
de Lyon, Décembre 1920.

Le général W .., en 1914, au camp de Châlons, faisait une promenade à cheval. Pendant un temps de galop, il fit une chute sur le pommeau de la selle...

J'examinai le blessé en 1916 Il présentait à un degré léger la démarche en « canard » et pendant la marche les deux pubis se chevauchaient. La radiographie faite montrait une disjonction de 7 cm.

On pouvait, par le hiatus subsistant entre les pubis enfoncer le bulbe de l'urèthre dans le bassin.

CONCLUSIONS

1° La disjonction symphysaire des cavaliers a une physionomie clinique particulière, nettement différente de la disjonction observée dans les grands traumatismes.

2° Elle se produit chez des sujets âgés, mais toujours vigoureux, bien musclés, ayant un squelette élastique et un passé sportif.

3° La disjonction porte principalement sur la symphyse pubienne, et en second lieu sur une des symphyses sacro-iliaques, rarement sur les deux.

4° Contrairement à ce qu'on pourrait croire, elle ne s'accompagne pas le plus souvent de lésions de l'urèthre et de la vessie et sa principale complication, immédiate d'ailleurs, est une hémorragie parfois considérable donnant de larges ecchymoses et des hématomes volumineux.

5° Si le *schock* et l'hémorragie interne n'entraînent pas la mort immédiate par syncope ou anémie grave, le pronostic est en général favorable et il ne subsiste pas de troubles fonctionnels marqués.

6° Le traitement par l'immobilisation dans une gouttière de Bonnet suffit le plus souvent

Vu : LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Février 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par délégation,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSSERAND.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARCHIVES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, 1874 à 1914.
- BARTHELEMY. — Bulletin Société Chirurgie, Paris, 1914.
- BAZY. — Bulletin Société Chirurgie, Paris, 1902 et 1919.
- BÉRARD. — Bulletin Société Chirurgie, Lyon, Décembre 1920.
- CAMERON. — Philosophical transactions, 1747, n° 484.
- CHAPUT. — Bulletin Société Chirurgie, Paris, 1902 et 1915.
- DUBLET. — Disjonction, Symphyse pubienne, Thèse Montpellier, 1907.
- DUPLAY & RECLUS. — Traité de chirurgie.
- FARABEUF. — Traité de médecine opératoire.
- GALLET-DUPLESSIS. — De la Symphyséotomie chez l'homme, Thèse Paris 1893.
- GALLEZ. — Presse médicale belge, 1876, n° 32.
- GOTCHAUD. — De la Symphyséotomie, Thèse Paris, 1892.
- GUIBÉ. — Revue d'orthopédie, 1911.
- HALL. — Provincial médical, and Surgery Journal, 1844.
- JORAND. — Complications de la Symphyséotomie obstétricale, Thèse Paris 1896.
- LE DEUTRE & DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire.
- LEPAGE. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, Paris 1898.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations.
- MARQUIS. — Bulletin Société Chirurgie, Paris 1915.
- MAUCLAIRE. — Bulletin Société Chirurgie, Paris, 1915 et 1916.
- MIGNON. — Bulletin Société Chirurgie, Paris, 1902.
- MATEFF. — Luxation de la Symphyse pubienne, Thèse Montpellier, 1906.
- MORAUX. — Disjonction, Symphyse pubienne, dans accouchement, Thèse Lille 1896.
- MOREAU. — Disjonction traumatique de la Symphyse pubienne, Thèse Paris 1900.
- MOCQUOT. — Bulletin Société Chirurgie, Paris 1920.

MURVILLE. — Mémoires de l'Académie royale de médecine, 1819,
Tome XIV.

PINARD. — Annales de gynécologie et obstétrique, 1892-94-98 et 1902.

RUBINROT. — Complications de la Symphyséotomie obstétricale.

RUDAUX. — Rupture de la Symphyse pubienne dans l'accouchement,
Thèse Paris, 1897.

SALLERON. — Archives générales de médecine, 1871.

TANTON. — Fractures du bassin.

TANTON. — Bulletin Société Chirurgie, Paris 1916.

TESTUT & JACOB. — Anatomie topographique.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	6
Etiologie	8
Pathogénie et Anatomie pathologique	10
Symptomatologie	13
Diagnostic	16
Diagnostic radiologique	20
Complications	21
Pronostic	23
Traitement	25
Observations	29
Conclusions	42
